FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1958 N°

THESE 237

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'état)

PAR

VASLIN PAUL, RENÉ, MARCEL

ANCIEN EXTERNE des HOPITAUX de PARIS

DIPLOMÉ d'ETUDES SPECIALES d'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Né le 29 Mai 1925 à Saint-Denis (SEINE)

Présentée et soutenue publiquement le *1958*

Les KYSTES LATERAUX du COU à STRUCTURE EPITHELIO-LYMPHOIDE

Problèmes pathogéniques et diagnostiques

PRESIDENT : Monsieur le Professeur AUBIN

R. VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1958 N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'état)

PAR

VASLIN PAUL, RENÉ, MARCEL

ANCIEN EXTERNE des HOPITAUX de PARIS

DIPLOMÉ d'ETUDES SPECIALES d'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Né le 29 Mai 1925 à Saint-Denis (SEINE)

Présentée et soutenue publiquement le 1958

R. UNIV BIBLIOTHEEK LEIDEN

Les KYSTES LATERAUX du COU à STRUCTURE EPITHELIO-LYMPHOIDE

Problèmes pathogéniques et diagnostiques

PRESIDENT : Monsieur le Professeur AUBIN

R. VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS

20-2-57

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BENARD (H.), BROCQ (P.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CARNOT (P.), CHABROL (Et.), CHAMPY (C.), CHEVASSU (M.), DEBRE (R.), DELBET (P.), DONZELOT (E.), GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARVIER (P.) LAROCHE (G.), LAUBRY (Ch.), LEMAITRE (F.), LEVY-SOLAL (E.), LHERMITTE (J.) LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MULON (P.), OLIVIER (E.), RICHET (Ch.), SANNIE (Ch.), SEZARY (A.), TANON (L.), VELTER (E).

Doyen : ..... Léon BINET
Membre de l'Institut

Assesseur : ..... Jean VERNE.

I.- PROFESSEURS

Anatomie		CORDIER (G.)
Anatomie Pathologique		DELARUE (A.)
Bactériologie		FASQUELLE (R.)
Biochimie Médicale		JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Educ. Phy. et Sports		CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie Médicale		FAUVERT (R.)
Cancérologie Médicale et sociale		BERNARD (J.)
Clinique de cardiologie		MOUQUIN (M.)
Cliniques Chirurgicales	Beaujon	SICARD (A.)
	Cochin	QUENU (J.)
	Hôtel-Dieu	MENEGAUX (G.)
	Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Clinique chirurg. réparatrice et orthopédique		MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de Chirurgie cardio-vasculaire		de GAUDART-D'ALLAINES (F.)
Clinique de Chirurg. infantile et orthopédie		FEVRE (M.)
Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire		MONOD (R.)
Clinique gynécologique		FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales & de l'encéphale		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang		MARCHAL
Clinique des maladies du système nerveux		ALAJOUANINE (T.)
Cliniques Médicales	Bichat	JUSTIN-BESANCON (L.)
	Broussais	DE GENNES (L.)
	Cochin	MOREAU (R.)
	Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
Clinique Méd. d'Hydro-climatologie thérapeutique		DEBRAY (G.)
Clinique Médicale propédeutique		PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition		BOULIN (R.)
Clinique de neuro-chirurgie		PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques Obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Port-Royal	VARANGOT (J.)

Clinique d'Obstétrique et de gynécologie	LANTUEJOUL (P.)
Clinique Ophtalmologique	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (G.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique rhumatologique médicale et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	SOULIE (P.)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Médecine du travail	DESOILLE (H.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie Chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.)
Pathologie médicale	DECOURT (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESCREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES de CONFERENCES-AGREGES et AGREGES

Anatomie	DELMAS (A.) pr.s.ch. CABROL (C.) DEBEYRE (J.) OLIVIER (G.)
Anatomie Pathologique	GAUTHIER-VILLARS MIle P. pr. s.ch. BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	NEVOT (A.) pr.s.ch. CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	ETTORI (J.) pr.s.ch. DESCREZ (P.) POLONOVSKI (J.) SCHAPIRA (R.)

Biologie Médicale	BOURLIERE (F.)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT (F.)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Histologie	COUJARD (R.) N... N...
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr.s.ch. DEPARIS (M.) pr.s.ch.
Maladies Infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine Légale	DEROBERT (L.) pr.s.ch. GAULTIER (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du Travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	GRASSET (J.) LE LORIER (G.) LEPAGE (F.) MERCER (R.) MORIN (P.) RAVINA (J.) ROBEY (M.)
Ophtalmologie	BREGEAT (P.) DESVIGNES (P.)
Orthopédie	JUDET (R.)
Oto-rhino-laryngologie	AUBRY (M.) MADURO (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.G.) CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale	ABOULKER (P.) BARCAT (J.) BAUMANN (J.) CAUCHOIX (J.)
Pathologie Chirurgicale	DUBOST (C.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) GOSSET (J.) LAURENCE (G.) LORTAT-JACOB (J.) MATHEY (J.) OLIVIER (Cl.) POILLEUX (F.) THOMERET (G.) VERNE (J.M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.) MAURICE (P.)

Pathologie médicale	BOUDIN (G.) BOUVIER (J.B.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) CASTAIGNE (P.) CONTE (M.) DEROT (M.) DOMART (A.) LAMOTTE (M.) LAROCHE (C.P. MACREZ (C.) MILLIEZ (P.) PEQUIGNOT (H.) PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) ROYER (P.) THIEFFRY (St.) TURIAF (J.) WOLFROMM (R.) N...
Pédiatrie	JOSEPH (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKY (Cl.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)pr.s.ch. LEVY (Mlle J.)pr.s.ch.
Physiologie	BARJETON (D.)pr.s.ch. PARROT (J.) pr.s.ch. DEJOURS (P.)
Physique médicale	DJOURND (A.)pr.s.ch. GOUGEROT (L.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	MICHAUX (L.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
Urologie	KUSS (R.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES de COURS de CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

Clinique chirurgicale	AMELINE (A.) HUGUIER (J.) LEGER (L.) PADOVANI (P.) ROUX (M.)
Clinique médicale	DREYFUS (Gilbert) HAGUENAU (J.)pr.s.ch. KOURILSKY (R.) MARCHAL (G.)
Clinique neurologique	DE SEZE (S.)
Clinique obstétricale	MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)

==========

Secrétaire général de la Faculté ..... M. MOREL(J.)
Secrétaire ..... Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction ... M. le Dr.HAHN (A.)
Conservateur ..... Mlle GOICHON (A.)
Bibliothécaires ..... Mlles DUMAITRE (P.),
LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

==========

A MES PARENTS,

A TOUS LES MIENS,

A MES AMIS.

A Monsieur le Professeur A. A U B I N

Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique à la Faculté

Laryngologiste de l'Hôpital Lariboisière

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommage très respectueux, et témoignage de gratitude pour l'enseignement qu'il nous a dispensé à Lariboisière.

A Mon Maître Monsieur le Docteur J. B O U R D I A L

Laryngologiste de l'Hôpital Beaujon

Chevalier de la Légion d'honneur

A qui je dois tant.

En Témoignage de ma profonde admiration de ma vive reconnaissance et de mon fidèle attachement.

A Monsieur le Docteur Yves L A L L E M A N T

Laryngologiste-Assistant des Hôpitaux de PARIS

Toujours si bienveillant à mon égard.

Hommage de mon respectueux dévouement.

A MES MAITRES dans les HOPITAUX :

Stage :

Monsieur le Professeur BROCQ

Monsieur le Professeur HARVIER

Monsieur le Docteur GUEULLETTE

Monsieur le Docteur HUBER.

Externat :

Monsieur le Professeur Agrégé RUDLER

Monsieur le Docteur BENOIST

Monsieur le Professeur Agrégé POUMAILLOUX

Monsieur le Professeur COSTE

Monsieur le Docteur LAMBLING

Monsieur le Professeur CATHALA

Monsieur le Docteur WEISSENBACH

Monsieur le Docteur SUZOR

Monsieur le Docteur BOURDIAL.

INTRODUCTION

Nous avons eu récemment l'occasion assez rare d'observer, dans le Service de notre Maître le Docteur J.BOURDIAL à Beaujon, un kyste épithélio-lymphoïde du cou . L'histoire de ce kyste qui avait jusqu'alors considéré comme une adénopathie bacillaire, et traité en ce sens de façon pour le moins inopportune, nous a incité à rappeler les problèmes diagnostiques qu'ils peuvent poser, et à essayer de faire le point des notions essentielles concernant ces malformations.

HISTORIQUE

Les kystes du cou ont été remarqués depuis longtemps.

Dans les premières années de l'ère chrétienne, CELSE parlait déjà de tumeurs enkystées. Cependant, il faut attendre l'étude de l'histologie pour y apporter des précisions et c'est dans la deuxième moitié du XIXème siècle qu'est publiée la première observation de Kyste épithélio-lymphoïde .

LUCKE, étudiant en 1861 la paroi d'un kyste profond du cou enlevé par LANGENBECK trouve une paroi formée par un épithélium pavimenteux stratifié, doublé d'une épaisse couche de tissu réticulé infiltré de lymphocytes, rappelant tout-à-fait la structure du tissu lymphoïde normal . LUCKE publie ce fait étrange et croit au développement par nécrose d'une cavité à l'intérieur d'un ganglion. Il parle de " Kyste athéromateux " en raison de la bouillie jaunâtre que contenait cette poche .

SCHEDE en 1872 trouve aussi dans un Kyste profond du cou un épithélium pavimenteux stratifié reposant sur une couche de tissu lymphoïde . Il conclut aussi à l'origine intraganglionnaire.

NEUMANN et BAUMGARTEN en 1877 publient deux observations de Kystes du cou présentant par endroits du tissu lymphoïde juxtaposé à un épithélium tantôt stratifié et tantôt cylindrique cibié (semblable à celui de la trachée normale) . Ces auteurs invoquent les premiers la théorie branchiale, dont HEUSINGER avait depuis 1839 posé les premières notions en établissant les relations des kystes du cou avec les fentes branchiales de l'embryon .

Cette pathogénie est ensuite reprise

- En Allemagne par SULTAN (4 observations en 1898)
  JORDAN qui écrit " la présence de tissu lymphoïde dans la paroi d'un kyste branchial du cou, à revêtement pavimenteux stratifié permet d'envisager à ce kyste une origine pharyngienne, endodermique ."

- En France, en 1885, ALBARRAN présente à la Société Anatomique de Paris, un kyste profond enlevé par CAMPENON et dont la paroi est formée par un épithélium pavimenteux stratifié et une couche de tissu lymphoïde, et il se range à l'opinion de LUCKE et de SCHEDE du kyste développé à l'intérieur d'un ganglion, interprétation pathogénique bien difficile à admettre et dont ils sont les derniers partisans .

- En 1879, PILLIET présente 2 cas et, rejetant cette théorie, invoque , le premier en France, l'origine branchiale. Pour lui, ces kystes trouvent leur origine dans le pharynx, et il montre que l'abondance du tissu lymphoïde dans la région pharyngienne, dans la zone branchiale par conséquent, explique la structure des parois dermo-lymphoïdes .

Cette théorie, suite de l'étude des arcs viscéraux du cou par HIS, RABL, RATHKE, BELFOUR, KOHLMANN (développement des amygdales) est précisée par KOSTANIECKI et MIELECKI (théorie branchiale 1890).

- LANNELONGUE et ACHARD dans leur célèbre traité des Kystes congénitaux (1886) rapportent les observations de SCHEDE, LUCKE et LANGENBECK et pensent à une origine branchiale (mais alors aux dépens du 4ème arc, pour expliquer selon le schéma alors classique de CUSSET, la présence des kystes au bord antérieur du sterno-mastoïdien). Mais, ils ne s'intéressent pas spécialement à l'association épithélio-lymphoïde, invoquent la possibilité d'un kyste développé dans un ganglion. Aussi écrivent-ils, à propos de l'observation de SCHEDE : " Il y a lieu de penser que l'aspect de la couche sous-épithéliale était dû à un état inflammatoire produit par l'injection iodée et que le tissu ganglionnaire observé provenait d'un ganglion intéressé par l'opération et extirpé avec la paroi du kyste qui adhérait à la région carotidienne" .

- En 1905 surtout, le mémoire fondamental de <u>TERRIER et LECENE</u> dans la Revue de Chirurgie met au point cette question des kystes épithélio-lymphoïdes .

  Ces auteurs reprennent les conclusions de PILLIET et proposent " de les appeler amygdaloïdes " , ce qui aurait l'avantage de rappeler la structure de leur paroi et le lieu

vraisemblable de leur origine . Il est en effet fort probable que ces kystes se développent aux dépens de la paroi interne endodermique de la 2ème poche branchiale pharyngée, dont la paroi externe ectodermique donne naissance aux vrais kystes dermoïdes de la région latérale du cou " .

- En 1908, CHEVASSU signale un kyste dermo-lymphoïde (mais de la région pré-sternale) auquel il donne l'appellation de pharyngoïde, de préférence à amygdaloïde, appellation plus vaste et qui rend mieux compte des particularités de structure de quelques unes de ces tumeurs, dit-il : formations lymphoïdes ou lobules glandulaires à type salivaire inclus inclus dans la paroi .

- BROCA et MASSON en 1909 présentent 2 nouvelles observations et admettent aussi l'origine pharyngienne .

Par la suite les observations deviennent plus nombreuses , et la plupart des Auteurs adoptent ces théories .

Ainsi

NATHAN et STEPHAN (1919)

MOATTI (1929) avec SEBILEAU et H. BOURGEOIS rapportent 8 cas nouveaux et font un exposé embryologique et pathogénique en s'appuyant sur les travaux de PEYRON .

ROUVILLOIS (1924)

REBATTU et PARTHIOT à Lyon en 1928

BOUVET en 1926 et BOSDEVEIX en 1929 avec HAUTANT présentent des cas avec compression laryngée ;

PRECECHTEL discute de l'hérédité (1928),

DOR en 1943 après MOATTI et SEBILEAU, BALDENWECK et plusieurs autres, discute le diagnostic avec une adénopathie tuberculeuse .

A l'étranger :

BAILEY , qui fait une classification topographique ,

THOMSON ,

NYLANDER,

MALCOLM et BENSON (1940)

NEEL et PEMBERTON en 1943 apportent la statistique complète de 319 cas de kystes et fistules du cou de types variés, observés en 30 ans à la Clinique Mayo .

Citons encore les travaux de :

BILL et VADHEIM (1955)

PROCTOR (1955 : 59ème Congrès de la Société Américaine de Laryngologie);

J.MILLER (1957) qui fait dans " The Laryngoscope" une revue de la littérature anglo-saxonne essentiellement .

Récemment en France :

AUBIN, ESTENNE et GODDE présentent un kyste qui s'est développé apres une amygdalectomie et se demandent si l'infection secondaire a favorisé le développement de la malformation, jusque-là latente .

LOISEAU, BUSSER et MARCHAND présentent en 1957 l'observation curieuse d'un kyste , apparu chez un homme âgé, dont la paroi a tous les caractères d'un kyste amygdaloïde, mais en plus a des anomalies cellulaires le faisant considérer comme un épithélioma malpighien développé dans un kyste amygdaloïde, reposant ainsi le problème si discuté de la dégénérescence possible de cellules provenant de fentes branchiales.

Pendant ce temps, des Auteurs frappés par les anomalies de structure de la paroi kystique avec celle de l'organe épithélio-lymphoïde qu'est le thymus, poussent les analogies et soupçonnent, dans quelques cas au moins, l'origine aux dépens d'une ébauche thymique .

WENGLOWSKI (1908-1914) , à la suite de travaux embryologiques importants est arrivé à envisager de façon exclusive l'origine des kystes latéraux dans le canal thymo-pharyngien (ductus thymopharyngeus), donc à partir de la 3ème poche entobranchiale.

Se rapprochent de cette théorie :

En France : PEYRON, ROUSLACROIX et DELAGLANDE
SIMON, STULTZ et FONTAINE qui présentent en 1924 à Strasbourg une observation très rare de cavité multi-kystique à structure lympho-épithéliale .

Citons également :

HARTEL, CHRISTOPHER, COLP .

Cependant , en 1908, VIALLETON publie un mémoire important sur " les arcs viscéraux du cou et leur rôle topographique chez les vertébrés " . Il conclut que l'appareil branchial a une part insignifiante dans la formation du cou, que l'on a tort de considérer le cou comme une série d'anneaux successifs répondant chacun à une paire d'arcs branchiaux . Arcs et Fentes ne se rejoignent pas sur la ligne médiane du cou . FORGUE, ESTOR et MASSABUAU à Montpellier, ainsi que leurs éléves FERRY, AGACIANTZ et CORONE tirent des conclusions peut être excessives de ces données et dénient l'importance de l'appareil branchial dans la formation des tumeurs du cou . Ils émettent la théorie dite des " tumeurs mixtes" comme explication des kystes lympho-épithéloïdes du cou.

La discussion reste ouverte entre anatomo-pathologistes, c'est pourquoi la tendance est d'employer, comme DUNET, WERTHEIMER et CREISSEL, le titre d'épithélio-lymphoïde , qui ne préjuge pas de la pathogénie .

Enfin, au point de vue diagnostic, depuis les premières descriptions, ont été mises au point les techniques de Radiographies après injection lipiodolée, pour étudier surtout les prolongements de la poche, et surtout ont été étudiés les résultats des Frottis de Ponction.

En Allemagne , STAHEL en 1942, et surtout, en France, R. ANDRE et B. DREYFUS, (1951) DRIESSE G. VERHAEGHE, CORNILLOT et DURCOEQ (1952) montrent l'intérêt de la ponction qui " permet d'éviter la biopsie, source de fistulisation, et avertit le chirurgien de l'opération délicate qu'il doit conduire " .

EMBRYOLOGIE DE LA RÉGION BRANCHIALE

L'origine de ces malformations est un problème complexe, qui a abouti à des interprétations diverses et parfois contradictoires.

Un exposé, qui essaiera de n'être pas trop complexe, des principales données embryologiques sur le développement du cou est nécessaire à leur compréhension .

Les travaux de RATHKE (1825) puis RABL, BELFOUR, VON BAER ont montré l'existence chez les embryons d'amniotes d'arcs dits branchiaux par leur analogie avec ceux que l'on observe chez les poissons, et ont mis en évidence leur rôle dans la formation du cou .

4 arcs ont d'abord été décrits, puis un 5ème et un 6ème plus ou moins rudimentaires.

Entre les arcs s'interposent des dépressions ;

- superficiellement : sillons externes , d'origine ectodermique ,
- profondément : poches internes , d'origine entodermique .

Sillons et poches, de profondeur variable, s'adossent pour former des membranes que les premiers embryologistes avaient cru perforées .

Mais des travaux importants, de VIALLETON principalement, ont montré qu'on avait poussé trop loin les analogies avec l'appareil branchial des poissons .

En effet :

1.- Il n'y a pas de communication entre sillon externe et poche interne (sauf pour la 2ème poche : canal de RABL, et encore de façon incomplète et temporaire).

2.- La superposition des sillons internes et externes n'est jamais aussi nette que sur les schémas de HIS. Leur direction peut être plus ou moins divergente selon les cas.

3.- L'adossement de l'ectoderme et de l'endoderme n'est que temporaire, la croissance du mésenchyme le fait vite disparaître .

4.- Plus important = Les arcs n'existent pas simultanément ; l'apparition des derniers correspond au moment de la régression des premiers, et leurs éléments constitutifs ecto-, endo-, et mésodermiques se disloquent rapidement .

Ainsi, les différences sont grandes avec le dispositif des poissons où l'on trouve un véritable axe mésodermique initialement creusé d'un diverticule coelonnique qui fait défaut dans les arcs des amniotes .

Et il ne se passe à aucun moment de phénomène comparable à la respiration branchiale, et si GROSSER en 1912 a signalé chez les jeunes embryons humains au voisinage de la membrane obturatrice un petit diverticule de l'épithélium dirigé vers la lumière pharyngée et renfermant un axe mésenchymateux, cette formation susceptible d'être considérée comme une branchie rudimentaire disparaît rapidement .

En fait, c'est surtout la présence des <u>arcs vasculaires</u> qui constitue le caractère commun .

VIALLETON dit que la dénomination d'arcs branchiaux est fâcheuse, car les arcs des embryons des poissons ne sont pas plus branchiaux que ceux d s amniotes. Ils représentent simplement des ébauches communes à tous les vertébrés . Chez les uns et les autres, ce sont des formations organogénétiques communes. Ils servent de chemin aux arcs vasculaires. Ils engendrent des glandes spéciales; mais ne sont pas des organes respiratoires. Il est donc inexact de dire que leur présence chez les embryons d'Amniotes témoigne que ces derniers proviennent d'ancêtres ayant respiré dans l'eau .

Ainsi, rejoint-on les idées plus anciennes de Von BAER disant que l'embryon d'un animal supérieur ne ressemble jamais à un autre animal, mais seulement à l'embryon de ce dernier .

Ces données générales étant rappelées, nous pouvons étudier plus en détail les destinées des arcs, des sillons et des poches .

L'ensemble des arcs évolue chez l'homme entre les embryons de 2 mm 1/2 (2ème semaine) et de 8 mm . On conçoit facilement les difficultés pour étudier des séries assez nombreuses, les différences de structure étant importantes pour des embryons de faible différence d'âge. C'est pourquoi de nombreux Auteurs se sont aidés de l'étude d'embryons d'autres mammifères, plus faciles à obtenir (en particulier , mouton : PEYRON) , et ont extrapolé à l'embryon humain certains de leurs résultats .

Ainsi les arcs font leur évolution chez l'homme entre les embryons de 2,5 et de 8 millimètres. Au-delà ils sont en pleine régression.

Les dimensions sont dés le début inégales, les deux premiers sont beaucoup plus volumineux. Ils surplombent et recouvrent les suivants. Les poches et les sillons s'isolent ensuite. A ce propos, il faut rappeler que les schémas habituellement présentés sont forcément inexacts car ils représentent des faits qui n'ont pas lieu au même moment, les derniers arcs faisant leur apparition alors que les premiers sont en pleine régression .

- DESTINÉES des ARCS :

- Le 1er ARC , dit mandibulaire, se divise en 2 branches et va donner maxillaire supérieur et Maxillaire inférieur. Il donne également les lèvres, les parties latérales de la bouche et les deux tiers antérieurs de la langue, développement du tuberculum impar par l'union sur la ligne médiane de deux ébauches latérales provenant de la partie interne de chaque arc mandibulaire .

  - Le nerf du 1er arc est la 5ème paire, avec ses 3 rameaux issus du ganglion de Gasser .

- Le 2ème ARC, dit thyroïdien, volumineux, présente une branche horizontale qui se dirige en avant vers la ligne médiane, et une verticale pourvue d'un renflement

auquel RATHKE donne le nom d'opercule .

Il donne l'apophyse styloïde, le ligament styl-- hyoïdien, la petite corne de l'os hyoïde, les muscles hyoïdiens, le pilier antérieur du voile (Staphylo-Glosse).

Il contribue à former la langue (partie postérieure : pars copularis)

- Ses nerfs sont le 7 et le 8 .

  Au premier est annexé le ganglion géniculé
  Le second est en contact avec la vésicule auditive (oreille intérne) .

- L'artère est la Carotide externe .

- <u>Le 3ème ARC</u> est en retrait par rapport au précédent .

  Sa division en 2 branches est à peine ébauchée .

  Il donne la grande corne de l'os hyoïde, le pilier postérieur du voile (staphylo pharyngien), une partie de la langue (pars copularis par union avec une ébauche du 2ème arc) .

  (Au point de rencontre avec l'ébauche médiane de la langue se trouve constitué le canal de Bochdalek, qui va bourgeonner par son extrémité inférieure et former la masse principale du Corps thyroïde) .

- Son nerf est le 9 .
- Son artère est la friture Carotide Interne .

- <u>Le 4ème ARC</u> reste à peine visible sur le plancher du sinus cervical (dont nous allons voir la formation, due au développement plus important du 2ème arc) .

  Ce 4ème arc donne les parties molles péri-thyroïdiennes et un segment du cartilage thyroïde .

- Il a pour nerf le Laryngé Supérieur, branche du 10 .
- Son arc vasculaire donnera la Sous-Clavière .

- Le 5ème ARC - a un rôle plus difficile à préciser .
  - Son nerf est le Laryngé Inférieur, qui a été entraîné en bas par la descente de l'Artère Sous-Clavière qui l'oblige à former une anse .

- Le 6ème ARC reste confondu avec la paroi thoracique primitive.

- Ces arcs, d'abord nettement latéraux, se rapprochent progressivement de la ligne médiane. C'est du moins ce que disait HIS. Nous verrons plus loin l'interprétation différente de VIALLETON.

Disons pour l'instant que :

- les arcs 1 par leur branche inférieure se soudent largement ,
- les arcs 2 se soudent sur une bande plus étroite,
- les arcs 3 et 4 restent séparés .

Ainsi est délimité le champ mésobranchial de HIS .

- La dislocation précoce des arcs primitifs explique l'incertitude qui régne sur le sort des derniers arcs et même des discussions sur d'autres points ,comme la formation du voile . Dans la notion classique, l'amygdale provient de la poche 2 et les piliers des arcs voisins donc 2 et 3 (HIS); mais ,en réalité, la formation de ces piliers s'effectue secondairement alors que les arcs se sont effacés depuis longtemps .

- DESTINÉES des SILLONS et des POCHES :

Le sillon 1 : donne le Conduit Auditif Externe .

La poche 1 : de direction à peu près identique, se rétrécit en canal avec dilatation terminale (trompe d'Eustache et cavité tympanique).

Le sillon 2 : devient étroit et profond (canal de RABL)

La poche 2 : cesse de correspondre en Avant au sillon 2 en raison de l'interposition d'un mésenchyme abondant. Par contre son segment latéral reste parallèle au 2ème sillon. A ce niveau ectoderme et entoderme sont en contact par une membrane obturatrice parfois même perforée en un point (RABL).

La poche 2 donne lieu au développement de l'Amygdale palatine. Elle laisse sa trace chez l'adulte sous forme de fossette sus-amygdalienne de HIS, dont les parois sont parfois parsemées de follicules clos, ce qui leur donne l'aspect d'une volumineuse crypte amygdalienne connue sous le nom de sinus de TOURTUAL,qui peut parfois former un véritable canal fistulaire borgne interne,formant en quelque sorte transition entre l'aspect normal et l'aspect nettement pathologique .

- FORMATION du SINUS CERVICAL :

Le sillon 2 , comme d'ailleurs le 3ème et le 4ème, ne s'ouvre pas directementà l'extérieur comme le 1er, mais dans une cavité appelée sinus cervical . Cette cavité est formée par le développement du 2ème arc, plus volumineux que les autres comme il a été dit. Ce 2ème arc surplombe les autres et se soude au bourrelet thoracique en formant un opercule . Ainsi est délimité le sinus cervical, dont la formation est aussi aidée par la flexion de la tête sur le thorax. Le sinus cervical s'ouvre latéralement par une fente qui, d'abord large, se rétrécit progressivement et va finir par se souder au corps de l'embryon, formant une cavité close (destinée elle-même à disparaître) . L'ouverture externe du sinus correspondrait au bord antérieur du sterno-mastoïdien. Au plafond du sinus se trouve le 2ème sillon branchial, et si nous admettons qu'à un moment donné il peut exister à ce niveau une fissure réelle, nous aurons une communication entre le sinus et le fond de la fossette de H is. C'est là le canal de RABL des classiques. Les fistules congénitales et les kystes latéraux dans la branchiogénique empruntent leur trajet à la totalité ou à une partie de ce canal, comme on le verra .

Lorsque l'ouverture du sinus a disparu, il persiste simplement à la surface de l'ectoderme un petit sillon ou " sulcus cervical" longtemps considéré comme la limite primordiale entre la tête et le thorax .

- Pour d'autres Auteurs (WENCLOWSKI - FRAZER) c'est le 3ème arc et non le 2ème qui constitue le sinus cervical par fusion avec le bourrelet thoracique .

Le sillon 3 : s'ouvre aussi dans le sinus cervical, disparaissant ainsi en tant que sillon propre .

La poche 3 : va donner, par sa partie ventrale, l'ébauche du thymus, sous forme d'un Canal thymopharyngien , qui garde longtemps sa communication avec le pharynx . L'ébauche (thymus droit et thymus gauche se sont fusionnés) subit ensuite une transformation complète; elle se découpe en lobules qui prennent une structure spéciale et particulière au thymus. Ils sont composés d'une sorte de réticulum dans lequel sont déposés des éléments arrondis : les thymocytes, rappelant les lymphocytes des organes lymphoïdes. La provenance épithéliale du thymus paraît être attestée par l'existence dans ses lobules de formations d'aspect épithélial, les corpuscules de HASSAL (très nombreux dans le thymus d'enfant à la naissance).

C'est au canal thymopharyngien et à ses troubles d'involution que WENCLOWSKI a fait jouer le rôle principal dans sa célèbre théorie .

La poche 3 donne également , par son bord dorsal, les ébauches des parathyroïdes inférieures et la région antéro-latérale de l'épiglotte .

La poche 4 va donner la parathyroïde supérieure

et la gouttière pharyngo-laryngée .

La poche 5 donne un corps appelé ultimo-branchial. Il vient s'accoler à l'ébauche thyroïdienne, mais sa destinée est encore imprécise .

- Après la formation des organes, l'étude des kystes congénitaux nécessite de préciser la :

- FORMATION des PAROIS du COU :

Le rôle des arcs viscéraux dans la genèse de la paroi antéro-latérale du cou, entre l'os hyoïde et la ligne sterno-claviculaire tel qu'il était interprété par HIS, CUSSET a paru exagéré aux Auteurs qui les ont suivis , VIALLETON principalement.

Cet Auteur montre que de nombreux embryologistes avaient admis la soudure de chacun des 4 premiers arcs avec son homologue sur la ligne médiane .

Il estime que la zone médiane dépourvue de coelome (qui correspond approximativement à la région sous-Hyoïdienne de l'adulte) n'a rien de commun avec les arcs, lesquels ne s'unissent pas du côté ventral, mais provient de l'allongement d'une masse de mésenchyme distincte constituant ce qu'il appelle la lame pré-péricardique. Ainsi la région sous-Hyoïdienne,dans la totalité de sa paroi ventrale et une grande partie de sa paroi latérale, n'a pour VIALLETON rien à voir avec les arcs viscéraux . VIALLETON insiste sur la dislocation précoce des arcs pour montrer qu'aucune partie du cou n'est réductible à un territoire branchial, à la suite des phénomènes de dislocation et de dispersion en diverses directions,surtout pour les derniers arcs.

Il fait aussi noter que le développement des pièces cartilagineuses que l'on considère comme le squelette des arcs viscéraux s'opère seulement apres que ces derniers ont disparu (SOULIER et BARDIER : chez l'homme, les arcs branchiaux ont déjà disparu sur les embryons de 14 mm,alors que les cartilages

ne font leur première apparition que chez les embryons de 19 mm) ce qui explique certaines contradictions des Auteurs lorsqu'il s'agit d'établir les correspondances précises des pièces et les homologies du squelette viscéral (de même la correspondance des arcs et des nerfs n'est pas toujours invariable).

PATHOGÉNIE

Ainsi exposées ces notions sur l'embryologie, il sera plus facile de comprendre les différentes théories pathogéniques, de voir les facilités qu'elles apportent à la compréhension des faits pathologiques, et aussi les objections qu'on a pu leur opposer .

- THEORIE BRANCHIALE :

1.- La plus importante, celle qui semble avoir le plus de partisans (après une période d'éclipse relative) est la Théorie branchiale ou branchiogénique (terminologie d'ailleurs discutable au sens strict, car on a vu qu'à aucun stade de l'embryon humain il n'y a formation de branchies véritables).

Exposée par ASCHERSON, complétée par KOSTANECKI et MIELECKI, PEYRON, MOATTI et ROSSANO, elle semble adoptée par la plupart des Auteurs modernes.

Tous les phénomènes de scissure, de prolifération que l'on a vus, se succédant avec rapidité, il peut se produire au niveau d'un sillon branchial externe ou interne des plissements qui isolent des éléments cellulaires. Ces éléments isolés ont subi un arrêt évolutif temporaire qui explique leur apparition plus ou moins tardive. La conséquence est que les éléments cellulaires voisins qui continuent leur travail d'édification, entourent le groupe cellulaire momentanément inerte jusqu'au moment où, pour une raison qui reste à déterminer, les cellules emmurées reprennent leur activité et forment au sein de l'organisme le tissu pour l'édification duquel elles étaient prêtes (théorie de l'enclavement de LANNELONGUE, théorie de l'inclusion de VERNEUIL). D'où cette association épithélio-lymphoïde pour les dérivés de la 2ème poche branchiale et cette formation de kystes où les éléments qui auraient dû être en surface regardent au contraire le centre de la cavité kystique (L. OMBREDANNE) .

Cet isolement de groupes cellulaires est généralement considéré comme se produisant en un point du canal de RABL, qu'on a vu aller au fond de la fossette sus-amygdalienne, au bord du processus operculaire, traversant la zone d'accolement 2ème poche-

2ème sillon. On conçoit facilement que s'il se produit un arrêt partiel de la fermeture de ce canal, il y aura formation d'un kyste qui, s'il se produit sur son trajet pharyngien, sera limité par un épithélium cyliotrique, s'il se produit sur son trajet operculaire, sera limité par un épithélium pavimenteux . (Rappelons que la persistance du canal donne une fistule dont les caractères histologiques et topographiques seront très voisins de ceux des kystes).

Ces faits correspondent très bien avec les examens anatomiques qui montrent la situation fréquente des kystes au bord antérieur du sterno-mastoïdien, et surtout la fréquence d'un pédicule se dirigeant en profondeur le long du même trajet que les fistules complètes, pouvant aller jusqu'à la paroi pharyngée et s'y ouvrir. De même dans d'autres cas peut se voir une ouverture à la surface cutanée .

- PILLIET et surtout TERRIER et LECENE voient l'origine des kystes épithélio-lymphoïdes de façon très précise au niveau du fond du 2ème sillon branchial interne. C'est en effet à cet endroit que se trouvent les ébauches de l'amygdale sous forme d'invaginations en doigt de gant. TERRIER pense qu'une de ces digitations put s'inclure et, demeurant inutilisée, donner naissance à un kyste épithélio-lymphoïde dont la structure rappellera celle de l'amygdale, d'où le nom d'amygdaloïde qu'il a donné à ces kystes .

- Ainsi donc les kystes latéraux dérivent de la persistance anormale du sinus cervical (MALCOLM et BENSON - Voir note), ou des poches ecto - ou endobranchiales (TERRIER et LECENE) qui y aboutissent.

Note : MALCOLM et BENSON présentent en 1940, 2 cas , l'histologie étant toujours la même, où les rapports anatomiques du kyste leur paraissent indiquer l'origine aux dépens du sinus cervical " le kyste étant latéral et légérement antérieur à la veine jugulaire, sans expansion dans la bifurcation de la carotide, le long et au-dessous de l'os hyoïde " .

Cette hypothèse branchiale explique donc :

- l'orifice interne ou l'implantation du pédicule, quand il existe , dans la région sus-amygdalienne ,
- la situation de la masse du kyste au bord antérieur du sterno-mastoïdien ,
- les rapports du trajet pédiculaire avec les gros troncs vasculo-nerveux ordinairement au-dessous du 7 (nerf du 2ème arc); au-dessus du trajet du 9 (nerf du 3ème arc) ;

  entre la Carotide Externe (2ème arc) et la Carotide Interne (3ème arc),

  entre la grande corne (3ème arc) et la petite corne (2ème arc) de l'hyoïde.

  L'adhérence à l'os hyoïde est assez fréquente ;

- la structure histologique enfin, rappelant l'amigdale parfois de si près.

  Cette structure épithélio-lymphoïde s'explique au mieux par la destinée de la 2ème poche, comme l'ont dit les premiers TERRIER et LECENE .

Cette hypothèse semble donc satisfaisante, malgré les objections qui ont été faites en particulier par SIMON, STULZ et FONTAINE (en s'adressant surtout aux fistules dont les rapports anatomiques sont évidemment plus précis).

- variabilité de l'orifice interne, au lieu de se jeter dans la partie supérieure de l'amygdale, il peut se jeter dans la partie inférieure ou même en d'autres points, sur le territoire de la 3ème poche au lieu de la 2ème, ce qui est assez fréquent. Ainsi est une observation de David LYALL ,récente (1956).

- On a objecté que le revêtement histologique de ces formations dont l'origine est supposée mixte ecto- et ento-dermique n'a pas la dualité que l'on attendrait, mais les notions de métaplasie peuvent expliquer la transformation épidermoïde fréquente des épithéliums cylindriques, et TERRIER et LECENE font intervenir l'isolement d'une digitation déjà nettement amygdalienne .

- De même on a objecté des difficultés d'interprétation dans le trajet fistuleux ou pédiculaire : on a fait remarquer que le Stylo-Pharyngien issu du 3ème arc devrait être surcroisé par le segment horizontal du trajet fistuleux, alors que ce trajet reste au-dessous de lui (mais il est probable que les ébauches musculaires ne sont pas assez indépendantes pour servir à de telles distinctions) .

Et si tout ne concorde pas toujours, nous pouvons nous ranger à l'avis de L.OMBREDANNE qui écrit avec semble-t-il beaucoup de sagesse : " Il est si vrai que la topographie embryonnaire des arcs branchiaux et du processus operculaire ne se superpose pas exactement à la topographie anatomique de l'individu, que nous avons trouvé de ces kystes sur le bord postérieur du sterno-mastoïdien, tantôt à sa partie supérieure sous-mastoïdienne, tantôt à sa partie inférieure, et par conséquent dans le creux sus-claviculaire. Ceci, selon nous, n'infirme en rien les correspondances moyennes de formation embryonnaire par rapport à l'anatomie topographique définitive " .

Telle est donc la théorie branchiale .

- THÉORIE THYMO-PHARYNGIENNE :

2.- Mais pour WENGLOWSKI, il faudrait faire jouer le rôle principal à des troubles de développement de l'organe thymique . Le Thymus provient du développement du fond de la 3ème poche, celle-ci se rétrécissant et s'allongeant en un canal thymopharyngien (Ductus thymopharyngeus) qui se transforme en cordon plein, puis disparaît .

WENGLOWSKI a étudié des embryons humains en nombre relativement important et a recherché systématiquement des vertiges thymiques après la naissance sur des cadavres d'âges variés . Dans 1/3 des cas, il a trouvé des restes de canal thymopharyngien à la partie supérieure du cou, ou dans les parties latérales du pharynx . Dans certains cas, la présence de tissu lymphoïde, et surtout de corpuscules de Hassal confirmait l'origine thymique, mais dans d'autres, le revêtement était moins caractéristique (une ou plusieurs assises cellulaires cubo-cylindriques ou pavimenteuses) et l'auteur attribuait ces vestiges au canal thymopharyngien, malgré l'absence de caractères morphologiques propres au thymus .

En fin de compte, il lui paraît vraisemblable qu'un tractus embryonnaire constant et important comme le canal thymo-pharyngien vienne prendre dans la pathologie du cou une importance comparable à celle du tractus thyréo-glosse.

La topographie de cette formation, comme le montrent les reconstructions de WENGLOWSKI paraît bien correspondre à celle des kystes latéraux typiques. La structure lympho-épithéliale et les dispositions Hasseliennes qui ont été quelquefois retrouvées viennent confirmer cette impression (PEYRON et ROUSLACROIX) - SIMON et FONTAINE sont partisans de la théorie de Wenglowski (tout au moins pour les kystes sous-hyoïdiens) .

PROCTOR admet cette théorie, mais avec des réserves, disant que le défaut d'oblitération du canal thymique est possible, mais surement plus rare que le défaut d'oblitération du sinus cervical , - de même MALCON et BENSON (1940) pensent que l'origine aux dépens du canal thymo-pharyngien est également possible, mais exceptionnelle-.

Des objections nombreuses ont été faites, par NYLANDER en particulier :

- la persistance topographique complète uni ou bilatérale du canal thymo-pharyngien est en fait exceptionnelle et même douteuse dans la tératologie du cou .

  Le canal sortant du pharynx au-dessous du pilier postérieur gagnerait la région angulo-maxillaire en passant derrière la carotide (HAMMAR) et descendrait ensuite verticalement en passant en dehors du paquet vasculo-nerveux et en suivant le bord externe du lobe thyroïdien correspondant,situé profondément derrière l'aponévrose moyenne il se rapprocherait de la ligne médiane pour plonger dans le médiastin .

- les vestiges isolés, que Wenglowski considère comme fréquents n'ont pas été retrouvés par d'autres Auteurs avec la même fréquence. NYLANDER après avoir fait des études sur un matériel embryologique de choix, n'a pas trouvé ces anomalies de développement dans la même proportion. Il dit que, s'il est possible que les formations épithéliales décrites par Wenglowski peuvent donner naissance à des kystes (et fistules), cela ne veut pas dire que les fistules et Kystes congénitaux latéraux sont des vestiges du Ductus thymopharyngien. On peut même se demander comment il est possible de considérer comme vestiges thymiques des formations qui se trouvent dans la partie supérieure du cou et qui ne présentent pas de structure thymique .

- Les formations thymiques de type Hassalien sont exceptionnelles dans les kystes et fistules et toujours rudimentaires et même difficiles à interpréter (Peyron).

- La notion de métaplasie invoquée par Wenglowski pour expliquer les variations dans le revêtement des kystes peut être invoquée dans les sens les plus contradictoires .

- La situation haute de certains kystes est nettement défavorable à la théorie thymo-pharyngienne .

- Pour finir, certains Auteurs comme RINALDI (1956) disent qu'il est bien difficile de dire quelle est la poche pharyngée d'où vient le kyste, et au fond le peu d'utilité peut être de maintenir une distinction entre la théorie branchiale et la théorie thymique .

- De même WARD, qui dit que toutes ces théories ont un point commun de vérité = ce que l'on peut affirmer avec certitude, c'est que ces anomalies on t quelque relation avec l'appareil branchial et peuvent être nommées " anomalies d'origine branchiale " .

- La THÉORIE de FORGUE :

Cette théorie a été développée par les chirurgiens de Montpellier FORGUE, ESTOR et MASSABUAU à la suite des travaux de VIALLETON et de ses critiques à la théorie branchiale .

Ces Auteurs ont considéré les Kystes comme des variétés de tumeurs mixtes, à prédominance épithéliale , d'embryomes (comme dans le testicule, l'ovaire). Il s'agirait de cellules qui, à un stade variable de la formation de l'embryon s'arrêtent de se développer.
Si ,après un temps de sommeil, elles reprennent leur fonction génératrice initiale, elles vont donner des cellules de même type que celles qu'elles étaient sue le point d'engendrer au moment de leur entrée en léthargie .

Cet arrêt peut se produire à des stades variables du développement. Si l'oeuf est encore à un stade primitif de sa segmentation, ces

éléments donneront des produits complexes : tumeurs mixtes. A un stade plus avancé, ces cellules donneront des éléments plus simples. Ainsi on explique facilement l'association épithélio-lymphoïde.

Au fond, l'idée essentielle qui s'en dégage est identique : arrêt de développement momentané d'un groupe de cellules qui s'isolent.

- Mais on a surtout reproché à cette théorie de méconnaître le caractère local et régional de ces malformations .

- Et qu'importe si les fentes branchiales n'existent pas réellement en tant que fentes, que les arcs branchiaux ne se présentent jamais dans leur intégrité, mais seulement à l'état d'ébauches, cela n'exclut pas l'hypothèse de l'arrêt du développement d'un groupe de cellules au fond d'un sillon ou d'un amas cellulaire bien spécialisé demeurant inutilisé au milieu d'autres éléments .

Il n'en reste pas moins vrai que cet appareil branchial reste le lieu d'élection des malformations .

Quant à la cause de l'arrêt du développement des cellules, et de leur remise en activité, aucune théorie ne s'est avancée pour l'exposer avec certitude .

Dans certains cas cependant on a vu des Kystes se développer après une infection ou une intervention sur l'amygdale, et on a pu se demander (AUBIN-ESTENNE et GODDE ,1954), " si l'infection secondaire a été facteur de transformation pour des malformations jusque-là latentes" .

ÉTUDE CLINIQUE

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie est en général assez simple et c'est le manque de caractères bien particuliers qui orientera le plus souvent le diagnostic vers des affections plus courantes de la région.

- AGE d'APPARITION :

Les Kystes épithélio-lymphoïdes apparaissent en règle chez l'adolescent et chez l'adulte jeune, à égalité dans les deux sexes (BAILEY : 2/3 des cas entre 17 et 30 ans - SEBILEAU : 25 cas sur 34 entre 10 et 35 ans), cependant, on peut en voir chez des enfants ou des adultes plus âgés (de 4 ans 1/2 à 65 ans : MILLER).

Ils ne sont donc pas apparents à la naissance, malgré leur caractère congénital, contrairement à d'autres malformations du cou (Kystes séreux par exemple).

- CIRCONSTANCES d'APPARITION :

Ils apparaissent habituellement de façon primitive, sans fistule préalable. Le début clinique est insidieux . Ils sont découverts souvent par hasard, par la constatation d'une tuméfaction latérale du cou, sans douleur .

Dans certains cas, des circonstances plus précises sont à l'origine de leur extériorisation :

- ainsi à la suite d'une infection bucco-pharyngée le kyste, jusqu'alors latent, peut se développer et devenir cliniquement perceptible.
- MOATTI en cite après une extraction dentaire compliquée
- d'autres après une angine .

- MILLER présente un cas après une amygdalectomie ,sans suites particulières .

Il pense que cela signifie la présence d'une fistule interne dont l'orifice a été obstrué par la cicatrice d'amygdalectomie, mécanisme ingénieux que AUBIN,ESTENNE et CODDE rejettent dans une observation où un kyste amygdaloïde typique s'est développé dans les suites d'une amygdalectomie également. L'ablation du kyste faite ultérieurement par ces Auteurs a montré une adhérence à la gaîne des gros vaisseaux, mais pas de prolongement entre eux, et l'absence certaine d'une contiguité entre la poche et la paroi pharyngée . Ils se demandent alors si l'infection secondaire locale n'a pas été facteur de transformation pour cette malformation jusque là inapparente .

- FREQUENCE :

Ces kystes semblent moins fréquents que d'autres malformations tumorales du cou. La plupart des Auteurs les ont observés moins souvent que les kystes médians :

(SEBILEAU : 14 médians pour 7 latéraux ,
MILLER,par contre, en rapporte 24 médians pour 25 latéraux).

Les kystes dermoïdes vrais (avec dérivés phanériques constitués) semblent plus rares .

- SIEGE et SIGNES :

Il s'agit d'une masse arrondie ou ovalaire , à contours réguliers, sans bosselures, lisse, évoluant lentement, - très peu douloureuse à la pression, de consistance élastique ou fluctuante, sans modification de la peau qui reste mobile, de coloration normale .

Elle est située profondément, derrière le bord antérieur du Sterno-Mastoïdien, et bridée par ce muscle qui l'immobilise par sa contraction .

Cette masse est habituellement située derrière la partie moyenne du muscle pouvant remonter en haut jusqu'au voisinage du maxillaire inférieur, ne descendant pas le plus souvent au-dessous du niveau du cartilage thyroïde (Moatti) .

La palpation montre habituellement une mobilité par rapport aux plans superficiels. Par contre, la mobilité est plus limitée par rapport aux plans profonds, mais ne permet pas depréjuger des connexions profondes.

Le volume est variable ; soit à peine perceptible, soit déformant toute la région latérale du cou. Habituellement, 3 à 5 centimètres de diamètre.

Les Signes fonctionnels sont habituellement nuls, et ni spontanément, ni à la palpation, la tumeur n'est douloureuse.

Cependant, des complications peuvent survenir .

- L'EVOLUTION :

- est lente, se fait progressivement et le malade, dans certains cas exceptionnels, n'est venu consulter que lorsque la tumeur avait atteint un volume considérable (ALBARRAN). Le développement du kyste est le résultat de sécrétions et de desquamation du revêtement épithélial auxquels il peut s'ajouter des phénomènes de surinfection plus ou moins intenses .

C O M P L I C A T I O N S

1.- TROUBLES de COMPRESSION LOCALE :

- Dans certains cas, l'évolution entraîne des troubles de compression locale laryngée, trachéale ou oesophagienne , veineuse un peu plus souvent (compression de la Jugulaire interne : congestion faciale).

Certains cas avec troubles respiratoires importants ont été rapportés :

. Ainsi BOSDEVEIX, dans un travail du Service du Dr HAUTANT en 1929, cite un malade qui présentait une dyspnée aigüe avec crises paroxystiques ayant succédé à une longue phase de dysphonie. L'examen montrait :

- une masse latérale cervicale gauche ,
- le larynx dévié à droite, avec une tuméfaction du repli aryténo-épiglottique gauche, rejoignant la bande ventriculaire, masquant l'orifice glottique et comblant en arrière une partie du sinus piriforme. Sur cette déformation, la muqueuse du larynx avait conservé sa coloration normale .

L'intervention a montré un kyste en bissac, la masse laryngée étant reliée à la masse cervicale par un pédicule traversant la membrane thyroïdienne.

L'histologie montrait un aspect épithélio-lymphoïde typique .

. Un autre cas publié par BOUVET et opéré par H.BOURGEOIS était très semblable .

. De même celui de REBATTU et PERRON, qui avait nécessité une trachéotomie .

. MILLER rapporte dernièrement un cas de THOMPSON qui, présentant des crises de dysphonie et de dyspnée, soulagées par l'ouverture spontanée du kyste et le rejet par la bouche de son contenu nauséabond. L'intervention a mis fin à ces troubles à évolution périodique .

- Parfois, on a suivi une évolution constituée de poussées et de régression, avec évolution fébrile, due probablement à des phénomènes infectieux récidivants (CIQNOZZI , cité par STEPHAN).

2.- La FREQUENCE de la SUPPURATION :

Est soulignée par tous les Auteurs, et presque inséparable de l'évolution naturelle du ksyte, tant elle est grande .

Le plus souvent légère, elle se traduit par la transformation purulente du liquide . Parfois, elle est plus grave : la tumeur devient douloureuse, augmente de volume, la peau rougit, devient adhérente, s'amincit .

Ces phénomènes sont parfois spontanés, - en apparence du moins -

ou peuvent être reliés à un traitement intempestif (massages autrefois; ponctions avec ou sans liquide modificateur),ou à une infection régionale bucco-pharyngée.

L'infection peut rétrocéder sans autre ennui qu'un peu de douleur, ou bien aboutir, de façon beaucoup plus ennuyeuse à la fistulisation .

3.- La FISTULISATION :

donc est assez fréquente . Apparue spontanément ou à la suite de ponctions, ou d'unebiopsie, la fistulisation sur la paroi latérale du cou entraîne une évacuation de débris caséiformes et purulents continue, ou bien intermittente avec des poussées de rétention et d'écoulement .

La fistulisation interne (orifice pharyngien) est beaucoup plus discutée. Cet orifice interne correspondrait plutôt à un orifice congénital, le kyste étant en somme le développement du fond d'une fistule borgne externe. WARD signale un malade qui vidait le contenu de la poche dans sa bouche à la pression du cou .

(A l'opposé, la transformation kystique d'une fistule semble très rare. Cependant, on a vu le cas de MILLER qui,après une amygdalectomie,invoque l'obturation d'une fistule interne .

Dans un cas de GORDON BERRY, l'occlusion d'une fistule externe a eu pour effet le développement progressif de la partie moyenne du trajet fistuleux d'une cavité kystique).

4.- La TRANSFORMATION MALIGNE :

semble tout-à-fait exceptionnelle et ne pas entrer en ligne de compte pour la plupart des auteurs .

VEAU l'avait signalée. On sait depuis combien a été démantelée la conception du branchiome malin .

Cependant WARD et HENDRICK (1950 -cités par Miller) conseillent d'enlever les kystes branchiaux en totalité " avant dégénérescence maligne " .

Et récemment, LOISEAU, BUSSER et MARCHAND (1957) ont présenté à la Société de Laryngologie l'observation d'un kyste amygdaloïde chez un homme âgé, et dont la paroi comportait des anomalies cellulaires le faisant considérer comme un épithélioma malpighien développé dans un kyste amygdaloïde, reposant ainsi le problème si discuté de la possibilité de dégénérescence de cellules provenant de cellules branchiales .

FORMES CLINIQUES

A côté de la forme habituelle, on cite :

-DES FORMES HAUTES SUS-HYOÏDIENNES

pouvant même donner lieu à une évolution buccale, empiétant sur le plancher de la bouche et soulevant la muqueuse buccale sans y adhérer. La tuméfaction arrondie, indolore, parfois transparente ressemble à une grenouillette et donne peu de signes fonctionnels, à moins d'être très grosse .

-DES FORMES DU BORD POSTERIEUR DU STERNO-MASTOÏDIEN

à la pointe haute sous-mastoïdienne, ou à la partie basse donc dans le creux sus-claviculaire .

-DES FORMES A EVOLUTION POSTERIEURE , sont citées par :

HILL (en 1941) : tuméfaction convexe associée à une tuméfaction de la paroi postérieure du pharynx et à une perte de substance Radiologique de la 3ème vertèbre cervicale, posant des problèmes diagnostiques avec un abcès froid Pottique. Ce kyste s'était secondairement infecté au cours d'une angine .

COAKLEY en signale un qui ressemblait à un abcès chronique rétro-pharyngien .

TAYLOR et BURWEL parlent de kystes naso-pharyngiens, à extrémité inférieure en rapport avec le pôle supérieur de l'amygdale, et qu'ils font dériver toujours du 2ème sillon branchial .

De même HOOGLAND cite un cas dont l'évolution a été marquée par des phénomènes infectieux de la trompe d'Eustache et de la caisse du tympan .

REDON signale la possibilité d'une localisation intraparotidienne, que classiquement, rien ne permet de diagnostiquer de pseudokystes par dégénérescence, de tumeurs mixtes, de cystadénolymphomes ou de kystes glandulaires vrais. Il est exceptionnel que la consistance un peu plus pâteuse permette d'orienter le diagnostic. En fait, c'est une découverte histologique .

FORGUE a signalé un cas dont les caractères histologiques étaient complets et indiscutables, développé dans le sillon naso-génien , devant le maxillaire supérieur. Ces cas sont évidemment difficiles à rattacher à un trouble du développement de la 2ème ou de la 3ème poche branchiale, et sont un argument pour sa théorie qui dénie le rôle des arcs branchiaux dans la genèse de ces malformations .

CHEVASSU fait entrer dans le groupe des kystes latéraux du cou, des kystes pré-sternaux. Il donne l'explication suivante pour cette localisation anormale. " Le sterno-mastoïdien, dit-il, refoule sur la ligne médiane ce qui peut anormalement persister des fentes brachiales primitives. Les restes de ces fentes ont tendance à se terminer dans leur partie superficielle au niveau du bord antéro-inférieur de ce muscle . Il est donc naturel qu'au niveau du bord inférieur du sterno-mastoïdien, au point où les muscles rapprochent leurs tendons, les restes des fentes branchiales soient refoulés en position médiane".

- Nous signalerons pour finir des observations de :

Kystes bilatéraux (LADD et CROSS)

Kystes et fistules associés (GORDON BERRY) : malade présentant Une fistule d'un côté, une fistule ayant donné un

Kyste de l'autre côté (observation déjà citée pour cette transformation de fistule en kyste).

Des associations avec des malformations provenant d'un autre niveau de l'appareil branchial sont aussi citées (fistules auriculaires).

-LE ROLE DE L'HEREDITE

a été très discuté .

Il semble bien difficile de mettre en évidence s'il est vrai qu'il existe ,étant donnée la rareté de ces kystes.

PRECECHTEL ,après avoir observé les membres de 4 générations d'une famille, a observé chez 7 membres des fistules ou des kystes congénitaux qui lui ont paru été transmis suivant le mode récessif.

SEDWICK et WALSH en revoyant la littérature notent seulement 2 cas sur 59 où l'on trouve dans la famille proche des cas analogues.

CONWAY et JEROME, étudiant 90 cas de kystes et fistules congénitales, ne croient pas que l'influence héréditaire doit être considérée comme facteur de prédisposition pour les anomalies d'origine branchiale .

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

MACROSCOPIQUEMENT

On distingue des kystes sus-hyoïdiens et des kystes sous-hyoïdiens.
Les kystes sus-hyoïdiens latéraux sont très rares (Dusset, Wertheimer et Creyssel).

Cette division est d'ailleurs assez schématique, d'autant que le siège du kyste n'est pas toujours bien défini. Les kystes sus-hyoïdiens sublinguaux ont été longtemps classés dans la catégorie des grenouillettes (BAILEY).

Les rapports anatomiques sont variables : les kystes repoussent ou contournent les vaisseaux et se moulent sur eux .

D'après BAILEY, et CONWAY et JEROME, on peut classer 4 groupes en allant de la surface vers la profondeur :

1.- extra-aponévrotiques ,

2.- juxta et extra-vasculaires, les plus fréquents ;

3.- profonds inter ou intra-vasculaires, intéressant le paquet vasculo-nerveux :

- passant souvent entre les C.E. et C.I. et pointant vers le pharynx ;
- parfois des prolongements se dirigent vers les masses latérales de l'atlas et même vers la base du crâne .

Le Spinal est assez souvent au contact du prolongement postérieur du kyste à sa face profonde (MOATTI.Obs. 3,4 et 5).

4.- - parfois, il peut s'agir d'un petit ksyte situé profondément et adhérant à la paroi latérale du pharynx .

Ces rapports s'effectuent ordinairement par l'intermédiaire de tissu cellulaire lâche, permettant l'énucléation assez facile, sauf aux lieux d'adhérences fréquentes :

- à la gaîne vasculaire ,
- au tronc thyro-linguo-facial ,
- au Spinal
- au Sterno-cleïdo-mastoïdien ;
- à l'apophyse styloïde
- à l'os hyoïde, entre grande corne et petite corne (L.OMBREDANNE).

L'existence de plusieurs plans conjonctifs superposés autour du kyste offre un plan de clivage plus ou moins aisé à suivre.

- RAPPORTS ANATOMIQUES :

Les kystes sous-hyoïdiens habituels, lorsqu'ils présentent un pédicule ou un trajet fistuleux profond ont les mêmes connexions que les fistules complètes avec les organes qu'ils rencontrent .

Le trajet par conséquent (cf JACQUES et AUBRIOT) d'abord ascendant, s'enfonce sous le Sterno-mastoïdien à travers l'aponévrose cervicale superficielle jusqu'à l'os hyoïde. Il se dirige ensuite vers la paroi pharyngée, s'engage sous le ventre postérieur du digastrique, se trouve croisé superficiellement par le stylo-glosse et le stylo-pharyngien , tandis que le ligament stylo-hyoïdien se trouve en dedans de lui. Il enjambe la bifurcation carotidienne (adhérences parfois fortes à la gaîne vasculaire) et croise la face superficielle des nerfs XII et IX .

L'orifice interne , quand il existe, est en zone amygdalienne au pôle supérieur dans la région de la 2ème poche (fossette de HIs ou Sinus de Tourtual), plus rarement dans l'amygdale elle-même, dans le pilier postérieur ou au pôle inférieur ou un peu plus bas (alors dans le territoire de la 3ème poche) .

Cette portion pharyngée ou pariétale, inconstante, présente souvent aussi l'aspect d'un tractus plein .

L'orifice externe, dans les rares cas où on l'a trouvé avec un kyste est au bord antérieur du Sterno-Mastoïdien, à 1 ou 2 cm au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire, en petite fente admettant à peine la pointe d'un stylet, ou bien avec un petit opéscule .

- CONSTITUTION des KYSTES :

Le type habituel est uniloculaire .

La forme est un peu variable :

- arrondie ,
- allongée, canaliculaire ,
- ou prolongée par une portion rétrécie (aspect de matras) .

Le volume est variable : en moyenne 2 ou 3 cm x 4 ou 5 cm , parfois beaucoup plus (10 x 8 cm : CARP et STOUT).

La paroi est assez mince le plus souvent ,

La surface externe est lisse ,

La surface interne présente des petits points blanchâtres ,

Le liquide intérieur est plus ou moins épais, blanc jaunâtre, mastic, pailleté parfois (ROUSLACROIX),

L'examen montre la présence de cristaux de cholestérine (valeur diagnostique : BAILEY - " kyste athéromateux " des premiers Auteurs).

Quelquefois le liquide est plus foncé, hémorragique (BEVAN).

ASPECT HISTOLOGIQUE

La paroi comprend :

1.- Une assise conjonctive périphérique assez mince, avec parfois des fibres musculaires lisses ou striées .

2.- Une sous-muqueuse infiltrée de tissu lymphoïde à des stades divers d'organisation : foyers diffus, follicules clos (mais rareté des centres clairs dans les follicules). On remarque aussi des images de pénétration symbiotique dans le revêtement épithélial contigu, rappelant la disposition de l'amygdale, ou du thymus lorsque s'y ajoutent des formations hassaliennes (Voir Note) .

Note : Les Corpuscules de Hassal sont des éléments globuleux de 10 à 50 µ , dispersés dans le tissu lymphoïde de la substance médullaire des lobules thymiques. Ce sont des amas de cellules épithéliales groupées concentriquement comme les écailles d'un bulbe d'oignon. Les cellules se kératinisent de la périphérie vers le centre qui est occupé par des débris cellulaires. Ils représentent le résidu de l'ébauche épithéliale du thymus .

Cet aspect hassalien étant en faveur de l'origine thymique, pour certains kystes du moins (cf. DELANGLADE, PEYRON et ROUSLACROIX).

3.- Le revêtement plus ou moins modifié par l'infiltration lymphoïde et par l'infection secondaire fréquente est ramené à 2 types :

a.- Type cylindrique avec cellules à mucus, ciliées ou non (HOUDARD et HUFNAGEL) ,

b.- type pavimenteux pluri-stratifié,typiquement sans transformation cornée, sans cellules chargées d'éleïdine,ni privées de noyau (TERRIER et LECENE), mais assez souvent il peut présenter un aspect plus ou moins kératinisant, une dégénérescence cornée incomplète (DELANGLADE - MALCOLM et BENSON ; Obs.LANDRE et DREYFUS).

- SULTAN et PILLIET avaient signalé l'existence de canaux présentant soit l'aspect de canaux excréteurs de glandes salivaires rudimentaires, soit de véritables canaux de glandes salivaires en activité . C'est pour cette raison entre autres que CHEVASSU avait proposé le terme de pharyngoïde, plus extensif que celui d'amygdaloïde proposé par TERRIER et LECENE, et comprenant toutes les particularités histologiques de ces kystes (formations lymphoïdes, glandes de type salivaire) .

- (L'adjonction possible de follicules pilosébacés et de glandes sudoripares vient compliquer les descriptions et conduit à un type dermoïde franc avec tous les intermédiaires possibles).

- Les rapports des deux types d'épithelium (cylindrique, pavimenteux) varient et souvent dans un même kyste l'épithélium n'est pas uniforme.

1.- Wenglowski considère le type pavimenteux issu par métaplasie du type cylindrique .

2.- Dans la théorie branchiale, on considère que les deux types d'épithélium auraient une topographie différente :

. Le sillon externe donnerait un type épidermoïde cutané (cf les Kystes attribués au sinus cervical comme ceux que citent MALCOLM et BENSON) ;

. La poche interne donnerait un type cylindrique (pouvant se transformer en pavimenteux par métaplasie) .

. TERRIER et LECENE font dériver l'épithélium épidermoïde de la 2ème poche interne, mais alors qu'elle est déjà constituée en digitations amygdaliennes primitives, dont l'une s'isole pour donner naissance au kyste .

- Certains kystes ont un aspect <u>pluriloculaire</u> .

Ces observations sont assez rares :

= Dans certains cas, " à côté d'un grand kyste, il existe des kystes ayant la même structure " (R.ANDRE , B.DREYFUS et RUBENS-DUVAL ,1951).

= SIMON,STULZ et FONTAINE ont présenté à Strasbourg,en 1924, une observation très rare d'un kyste constitué de " tissu lymphoïde criblé d'une multitude de kystes épithéliaux . Ces tumeurs extrémement rares auraient,disent-ils,comme les kystes amygdaloïdes, une origine branchiale " .

OBSERVATION

Madame F..., âgée de 32 ans , entre dans le Service du Docteur J.BOURDIAL à Beaujon, le 17 octobre 1957,pour une tuméfaction cervicale droite .

Cette tuméfaction est apparue il y a 6 ans , alors que la malade était âgée de 26 ans .

Elle a été traitée par son médecin habituel par ponctions-aspiration et injections de Streptomycine (5 fois à quelques jours d'intervalle), suivies d'unerégression importante,mais non complète .

Parmi les antécédents , on note à l'âge de 21 ans, un phlegmon de l'amygdale droite, et surtout à l'âge de 12 ans une Pleurésie séro-fibrineuse gauche .

La tuméfaction, jamais complétement disparue, se met à augmenter de volume au début de 1957, le diagnostic de tuberculose est encore porté malgré un examen pulmonaire (Radiog.-Crachats) qui se montre normal.

Deux ponctions ramènent un liquide épais, et sont complétées par des injections in situ de Didromycine, qui sont suivies cette fois de phénomènes de suppuration aboutissant à la nécessité d'une incision le 25 aout 1957 .

(Grosse tuméfaction comme un oeuf de poule - phénomènes inflammatoires locaux et petite réaction générale) . L'examen du pus ne montre pas de B.K., mais des pyogènes banaux sensibles à la Chloromycétine .

Après incision et évacuation du pus, la cicatrisation se produit assez vite, mais il resteune induration, et il se produit encore dans les 6 semaines qui suivent des poussées inflammatoires,moins importantes. La malade reçoit plusieurs injections de Propidon et finalement est adressée à Beaujon le 17 octobre 1957 .

Elle présente alors une tuméfaction cervicale droite, derrière la moitié supérieure du sterno-mastoïdien, de la gorsseur d'une noix,mobile par rapport à la peau qui , à ce moment-là, n'a plus d'aspect inflammatoire. Pas de douleur .

L'ablation en est décidée et pratiquée le 18-10-57 par le Dr. SARFATI.

COMPTE-RENDU :

" Incision arciforme partant du bord antérieur du S.C.M. et se récourbant en avant pour retrouver le pli du cou .

Découverte d'une masse " ganglionnaire avec périadénite" adhérant aux gros vaisseaux du cou ; Clivage difficile .

Ablation totale de la masse qui contient une collection liquidienne .

Fermeture avec aspiration continue " .

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE

a été pratiqué par le Dr. ORCEL :

" Cette formation est constituée par une cavité revêtue d'un épithélium malpighien légérement kératinisant par places et qui contient un magma éosinophile provenant de la désintégration superficielle de cet épithélium malpighien .

En dehors de ce revêtement, la paroi est constituée par un tissu conjonctif extrêmement riche en formations lymphoïdes, souvent pourvues d'un centre germinatif. On note, dispersées en plein tissu lymphoïde, quelques petites plages malpighiennes pleines. L'aspect histologique général est donc celui d'un kyste amygdaloïde du cou. Je n'ai pas observé de signes histologiques de malignité sur les coupes examinées ."

Les suites opératoires ont été des plus simples ,

et la malade a été revue récemment en bon état de guérison .

DIAGNOSTIC

RADIO LIPIODOL ET FROTTIS DE PONCTION

Le Diagnostic n'est en général que soupçonné par la clinique. Et bien souvent on ne pense pas à cette affection aussi rare et on s'oriente vers une cause plus fréquente de tuméfaction latérale du cou , une adénopathie froide, comme on le verra plus loin .

La Radiographie avec injection de Lipiodol (WANGESNTEEN,1931), permet d'apprécier les dimensions de la poche et de donner une idée de ses connexions profondes, pas toujours très précise d'ailleurs .

- ETUDE CYTOLOGIQUE des FROTTIS de PONCTION :

Un grand progrès a été l'étude cytologique des frottis de ponction , que nous ont fait connaître STAHEL, et surtout R. ANDRE et B.DREYFUS (Société Médicale des Hopitaux de Paris,1951).Ces Auteurs considérent grande la valeur des frottis de ponction pour le diagnostic de certaines néoformations qui simulent une adénopathie cervicale . Ils pensent que c'est la méthode rationnelle de diagnostic des kystes congénitaux du cou. En quelques minutes la lecture du frottis apporte le diagnostic, tandis que la biopsie ,déjà plus complexe, aboutit habituellement à la fistulisation. Une fois reconnus ainsi, les kystes seront extirpés en totalité, et l'on sait les difficultés que présente parfois une telle intervention, qui aura intérêt à être pratiquée par un opérateur habitué et prévenu de l'intervention qu'il aura à conduire .

La Ponction : On prélève aseptiquement sans difficulté quelques cm3 de liquide louche ou opalescent

Le Frottis : 1 goutte est étalée et colorée au May-Grunwald-Giemsa .

Au faible grossissement : l'aspect est absolument

caractéristique . Parmi les débris cellulaires, on remarque un très grand nombre de cellules de grande taille, les unes isolées, les autres groupées en 3 à 10 éléments accolés, chacun conservant des limites cytoplasmiques nettes . Le cytoplasme très étendu, chromophobe, paraît par places rempli de gouttelettes réfringentes, les contours du cytoplasme dessinent un polygone à 4 ou 5 côtés, le noyau de ces éléments est exactement central, rond et de petite taille .

Au fort grossissement , parmi lespolynucléaires nombreux et quelques lymphocites, on distingue les cellules spéciales qui affectent 3 aspects principaux :

1.- des éléments déjà repérés au faible grossissement, de grande taille 40 à 50 μ , avec un noyau de 8 à 9 μ . Le cytoplasme est chromophobe, vacuolaire, le noyau est violet foncé et affecte l'aspect d'une petite sphère très dense, tantôt parfaitement arrondie, d'autres fois frangée .

2.- des éléments de moins grande taille, 30 à 40 μ , dont le cytoplasme est violâtre, inégalement coloré, car il est criblé de vacuoles incolores le plus souvent arrondies .

3.- des cellules de 20 à 30 μ , dont le cytoplasme est franchement basophile et le noyau assez étendu de 10 μ environ a une chromatine rose, un dessin assez délicat et souvent un nucléole bleu foncé .

Cet aspect disent les auteurs, impose la conviction et ne saurait prêter à discussion avec :

- l'image d'un fragment cutané emporté par l'aiguille et que l'on peut rencontrer sur un frottis de ponction ganglionnaire ou autre ,

- l'existence de grandes cellules polygonales permet d'autre part d'écarter le diagnostic de tumeur bénigne ou maligne, née aux dépens d'une glande salivaire ou de la thyroïde, dont les éléments peuvent simuler les cellules épithéliales de la couche basale de Malpighi, ces éléments à noyau jeune de nos frottis .

- Enfin, les grands éléments polygonaux sont absents du frottis fait de cellules d'un tissu lymphoïde au sein duquel on observe, en placards ou isolées, des cellules épithéliales parfois monstrueuses et qui caractérisent la métastase ganglionnaire d'un épithélioma .

ANDRE et DREYFUS présentent 3 malades opérés où la ponction a précisé très vite et sans erreur le diagnostic . L'un de ces malades, était celui qui présentait , à côté du grand kyste épithélio-lymphoïde, des kystes secondaires de même structure .

Ils ajoutent qu'il est possible que la ponction ne donne plus de renseignements cytologiques utilisables en cas de fonte purulente étendue dela paroi kystique . Ils pensent enfin qu'il n'est pas interdit de supposer que certaines tumeurs cervicales considérées comme des adénites suppurées primitives, reconnaissent en fait cette étiologie .

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Hormis les cas où une ponction préalable examinée par un histologiste compétent a apporté de précieux renseignements, les erreurs diagnostiques assez fréquentes s'expliquent par la rareté de l'affection. Et cette masse unique, bien limitée, mobile, évoluant chez un adulte jeune et se développant progressivement est souvent confondue avec

UNE ADENITE TUBERCULEUSE , comme dans le cas que nous rapportons .

En relisant la littérature, on s'aperçoit que la confusion a été signalée par un grand nombre d'auteurs, l'orientation n'étant rétablie que par l'intervention lorsqu'elle montre des connexions profondes évocatrices (mais ce n'est pas forcément toujours le cas), et surtout par l'examen histologique de la pièce opératoire.

L'erreur est fréquente dit BAILEY .,

dans 55 % des cas disent CARP et STOUT .

TERRIER et LECENE dans leur Observation 2 étaient partis pour opérer une Adénite tuberculeuse .

DRIESSENS, VERHALGHE, CORNILLOT et DUCROCQ ont présenté 4 cas semblables en 1952 .

En principe, l'adénite bacillaire au cours de son évolution s'entoure de périadénites, ses limites sont moins précises, il y a d'autres ganglions dans le voisinage, la peau devient adhérente et se modifie .

Mais le kyste présente très fréquemment des poussées inflammatoires au cours desquelles il se ramollit, adhère à la peau , etc... L'examen cyto-bactériologique du liquide de ponction , jaune verdâtre caséiforme dans les deux cas n'est pas toujours probant. Le frottis de ponction n'est pas toujours pratiqué de façon courante et l'évolution sur un terrain tuberculeux a été plusieurs fois signalée, et BAILEY a même cité un kyste contenant des Bacilles de KOCH .

UNE ADENITE CHRONIQUE SIMPLE

connue à la suite d'une infection bucco-pharyngée, peut poser des problèmes du même genre, d'autant qu'on a vu des kystes augmenter brusquement de volume et être remarqués par le malade dans de telles circonstances, et présenter un contenu surinfecté .

LA LYNPHORETICULOSE BENIGNE D'INOCULATION

(maladie des griffes du chat) se traduit par une adénopathie à évolution subaigue , ayant une forte tendance à la suppuration, la lésion initiale qui orienterait a souvent disparu et l'intra-dermo réaction spécifique a alors une grande valeur spécifique .

LE LYMPHODENOME

s'accompagne d'autres manifestations ganglionnaires, inguinales ou axillaires, ou profondes, et l'étude hématologique apportera ses précisions (leucémie lymphoïde, Hogkin ...)

UN LIPOME

est une tumeur mollasse, lobulée, gaufrant le revêtement cutané, donnant une sorte de crépitation neigeuse. La Ponction reste blanche .

LES TUMEURS DE LA GLANDE CAROTIDIENNE

se traduisent par leur proximité vasculaire, leur apparition plus tardive et surtout par leur grande rareté .

Qualquefois, on a pu voir des KYSTES HYDATIQUES .

Circonstances d'apparition particulières - Réactions spécifiques.

LES EPITHELIOMAS d'APPARENCE PRIMITIVE ,

autrefois dits branchiaux, mais qui ne sont en réalité que des métastases d'un néo encore très petit ou inapparent dans un endroit difficile à examiner (cavum - sinus piriforme) sont caractérisés par les caractères mêmes d'une métastase ganglionnaire :

rapidité d'aggravation - grande dureté - adhérences superficielles et profondes - âge habituel -

Dans certains cas :

UN ANEVRYSME de la carotide ou du tronc brachio-cystolique : battements , expansion, signes d'auscultation .

UN ANGIOME PROFOND est réductible et augmente à l'effort .

DES GOITRES ABERRANTS aussi, ont pu être évoqués .

Quelquefois, un KYSTE THYREO-GLOSSE ABERRANT : Cf MILLER : n'est pas toujours forcément sur la ligne médiane, mais n'est pas en relation avec le sterno-mastoïdien et n'est pas recouvert par lui.

DES KYSTES HEMATIQUES peuvent se voir quelquefois (BADOT) : tumeur molle présentant des cavités indépendantes ou ayant des communications plus ou moins visibles avec les vaisseaux qui leur ont donné naissance .

Des tumeurs dures , FIBROMES et CHONDROMES , sont très rares et leur consistance est bien différente .

Enfin, les Kystes péithélio-lymphoïdes pourront ressembler plus ou moins à d'autres kystes congénitaux de la région latérale du cou:

KYSTES SEREUX , qui sont en réalité des lymphangiomes comme l'ont bien montré TERRIER et LECENE, différents dès l'aspect clinique, car :

- apparus à la naissance ,
- volumineux ,bosselés,à prolongements multiples,
- pseudo-réductibles ,
- à la partie basse du cou : triangle sus-claviculaire .

Ils sont en général facilement reconnus .

et LES KYSTES DERMOÏDES VRAIS ,

qui présentent un feuillet interne constitué d'épithélium pavimenteux avec des éléments pilosébacés plus ou moins différenciés, et dont le liquide contient des poils, du sébum et même parfois des ébauches dentaires. Leur pathogénie est assez voisine de celle des kystes épithélio-lymphoïdes ; ils proviendraient du développement d'éléments venus du sillon externe, à destinée dermique, de la 2ème ou 3ème poche branchiale .

Dans des cas très particuliers, on a pu rechercher la cause d'une dyspnée aigüe et d'une tuméfaction laryngée ,

d'une tuméfaction parotidienne , voire même d'une otite

moyenne (cas signalé par HOOGLAND à évolution naso-pharyngienne).

Mais cette longue énumération évoque des choses assez différentes d'aspect ou extrémement rares, si bien qu'en pratique, la discussion et les risques de confusion restent localisés autour des adénopathies bacillaires . C'est ce qu'il faudra avoir en mémoire avant tout pour éviter des traitements pour le moins inutiles et inefficaces, pouvant de plus être cause de suppuration secondaire ou de suppuration , et proposer le seul traitement rationnel et sans danger par un opérateur habitué à la chirurgie du cou : l'extirpation chirurgicale complète .

TRAITEMENT.

1.- TRAITEMENT MEDICAL

Nous ne parlerons guère que pour mémoire du traitement médical .

Il comprend des ponctions évacuatrices suivies ou non d'injections modificatrices diverses .

La ponction soulage momentanément, mais expose à l'infection et à la fistulisation .
(L'observation que nous apportons illustre l'inefficacité des ponctions) .

Déjà, en un temps où la chirurgie présentait des risques que nous ne connaissons plus, Lannelongue conseillait nettement la chirurgie.

Les injections modificatrices comprenaient de la Teinture d'iode à 40 %, du Chlorure de Zinc à 3 % , de l'acide acétique, du perchlorure de fer .

Un mélange alcool-Formol-glycérine à parties égales pour JENTZER (1930) qui conseille cette méthode lors de récidive post-opératoire, lorsqu'on craint ne pouvoir encore enlever la poche en totalité,ou que le malade refuse la réintervention . Il annonce des réactions locales assez vives, mais cite des guérisons maintenues après 2 et 6 ans .

En 1946 encore, F.JARMAN a traité 5 cas par l'aspiration suivie d'injection de 0,5 à 1 cm3 d'acide carbolique (phénol),avec une aiguille fine, en injectant rapidement pour obtenir un effet de pulvérisation sur les parois du kyste . Il exerçait ensuite une compression de 5 à 10 minutes. Il dit avoir eu des succès,dont certains se maintenaient depuis 3 ans .

TAYLOR et BURWEL (1954) injectent dans leur kyste nasopharyngien 1 cm3 de solution à 5 % d'oléate d'Ethanolamine (cf.MILLER page 1143), mais conseillent pour les insuccès de cette méthode,l'abord transpalatin et l'excision complète .

2.- TRAITEMENT CHIRURGICAL

En fait donc le traitement chirurgical sera seul à retenir . (SHEDDEN - BAILEY - BAUMGARTNER) .

Certes, il pourra être différé dans le cas d'un kyste de petit volume et bien toléré chez un malade hésitant et l'on attendra (sans pour cela perdre du temps et prendre des risques inutiles par les diverses ponctions). Mais, il ne souffre pas de discussion devant les kystes volumineux, ou cause de phénomènes inflammatoires, ou, plus rarement de troubles de compression, les Auteurs sont presque tous d'accord sur cette position .

Pour certains de plus, cela met à l'abri d'une dégénérescence possible (WARD et HENDRICK) .

Préparation : les Antibiotiques pré-opératoires seront utiles en cas de surinfection .

Anesthésie : locale ou générale, selon la préférence de l'opérateur.

Position : cou en demi-extension
tête franchement tournée du côté opposé .

Incision : arciforme circonscrivant le kyste (TRUFFERT), elle intéresse la peau et le peaucier, ne s'approche jamais de moins de 15 mm du rebord maxillaire, le lambeau ainsi délimité est relevé ,

les aponévroses cervicales sont incisées transversalement pour découvrir la paroi kystique .

Dans le cas de kyste très volumineux, on peut préférer une incision en T avec une branche antérieure verticale et une branche postérieure horizontale (BOSDEVEIX) .

Découverte du kyste :

La paroi kystique étant saisie dans une pince sans griffe, on tire légérement et à la compresse (SEBILEAU), on dégage la poche kystique le plus possible dans la profondeur.

Extériorisation du kyste : sera pratiquée ensuite, avec les index insinués sous le kyste . Elle est souvent gênée par des adhérences périkystiques ; une pression douce et continue assure l'énucléation. Le dégagement du Kyste est ensuite poussé jusqu'à son pédicule pharyngien. On est souvent gêné par des adhérences aux gros vaisseaux, parfois au Spinal (MOATTI) à l'os hyoïde (L.OMBREDANNE) .

Ligature et section du pédicule pharyngien : Ce pédicule renferme outre le tractus amygdalien des vaisseaux. Le dégagement en étant poussé à la compresse jusqu'à la paroi pharyngée, on place une pince ,puis on ligature au catgut ce pédicule. C'est alors qu'on le sectionne et on le voit remonter dans la profondeur dans l'angle de la jugulaire interne et du tronc Thyro-linguo-facial (Truffert).

- Si la paroi crève pendént les manoeuvres de décollement, SEBILEAU conseille de laisser le kyste se vider et de le bourrer ensuite de compresses. On continue l'énucléation comme pour une tumeur solide .

- Lorsque la dissection complète est impossible, Lannelongue conseille de gratter et ruginer la portion restante ou de chercher à la détruire par des caustiques . REBATTU et PARTHIOT conseillent de cautériser le petit moignon adhérant au pharynx .

- BAILEY avait conseillé de ponctionner le kyste avec une aiguille très fine dès qu'il était découvert, et d'évacuer à peu près la moitié de son contenu ; le kyste ayant ainsi plus de mobilité serait plus facile à enlever. Mais il est à craindre que cette ponction ne soit l'amorce d'une fissure de plus en plus grande du kyste et d'un éclatement de la poche souvent très fragile dans les kystes volumineux .

Fermeture : On termine l'opération par la fermeture en 2 plans et un petit drainage,faisceau de crins ou aspiration continue suivant la méthode de Redon, de l'espace mort laissé par l'énucléation du kyste .

Le pronostic est bénin ,
et la mortalité opératoire nulle .

CONCLUSIONS

1.- Cette récente observation illustre parfaitement les difficultés que pose le diagnostic d'un kyste épithélio-lymphoïde du cou . Selon les données classiques, cette formation fut longtemps prise pour une adénopathie bacillaire et traitée comme telle .

2.- Elle prouve également qu'une action directe sur la poche par ponctions suivies d'injections est contre-indiquée et qu'elle risque d'en provoquer la suppuration .

3.- Elle permet de conclure que la thérapeutique d'ablation complète de cette malformation ne présente pas habituellement de grosses difficultés et qu'elle est suivie d'une guérison définitive .

4.- Elle permet de penser que ces kystes sont peut-être moins exceptionnels qu'il n'est habituel de le dire . L'étude histologique systématique de cette tuméfaction cervicale extraite chirurgicalement nous a seule permis d'en faire le diagnostic rétrospectif.

5.- De nouveaux éléments diagnostiques ont fait leur apparition ces dernières années. Si l'esprit est orienté vers cette hypothèse de Kyste épithélio- lymphoïde, la Ponction-Biopsie, sans danger, permet, entre les mains d'un histologiste entraîné, d'en affirmer la réalité .

6.- Sans prendre parti dans les hypothèses pathogéniques, nous donnons une priorité à la théorie branchiale.

VU & PERMIS d'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de PARIS :

J. SARRAILH.

Le Doyen de la Faculté de Médecine :

L. BINET

Le Président de la Thèse :

AUBIN

BIBLIOGRAPHIE

- ABOULKER et RENE : Anatomie de l'Amygdale.
  Encyclopédie Médico-Chir. ORL II , 20-485, p.4 .

- AGACIANTZ : "Kystes congénitaux de la région latérale du cou " .
  Thèse Montpellier 1911 (inspirée par MASSABUAU)

- ALBARRAN : "Kystegangliomnaire du cou " .
  Archi. de phys.normale et patho.,Paris,1885, 3,p.168.

- ALBARRAN et CAMPENON : Bull.Soc. anatomique,1885, p.298 .

- ANDRE (R.) et DREYFYS (B.) : "Valeur de l'étude cytologique des frottis de ponction pour le diagnostic des kystes congénitaux du cou " .
  Le Sang 22 , p.595 (1951) .

  Voir aussi Bulletin et Mém. de la Soc.Médic.Hop.Paris, 67 p.125 (1951) -phot.de lames de frottis -

- AUBIN, ESTENNE et GODDE : " A propos de 2 malformations congénitales cervicales " .
  Annales Oto-laryng.,71, p.934, (1954)

- BADOT : " Tumeurs de la région latérale du cou " .
  Journal belge d'ORL , sep.Oct.1930, p.340.

- BAILEY ,H. : " The clinical aspects of branchial cysts " .
  Brit. Journ. Surg. 10, p.565,n°41 (1923)

- "On the similarity of certain tuberculosous cervical abscesses and branchial cysts " .
  Brit.Journ.Tuberc. 25. p.167, (1931).

- "The diagnosis of branchial cysts "
  Brit.Méd.Journ. p.940, (June 1928).

- BALDENWECK, MAGNIEN et GASTON : Annales d'Oto-Laryngologie 1931,p.689.

- BAUMGARTNER : " Branchial and Thyroglossal duct cysts and fistules in children " .
  Surg.G.and O. ,56,p.948,1933 .

- BECK : " Branchiogenic cysts in Infancy " .
  Surg. 1, p.792(1937)

- BERRY,GORDON : " Branchial cysts " .
  Ann.Otol.Rhin.and Laryng. 43,p.287 (1934)
  Voir aussi Annales d'Oto-Laryngologie 1935, p.100.

- BEVAN : " Branchial cysts " .
Surgical clinics of Chicago , 4, p.1,(1920).

- BILL and VADHEIM : " Cysts, sinuses and Fistulas of the neck arising from the I and II Branchial Clefts " .
Ann. Surg. 142, p.904 (1955) .

- BOSDEVEIX : " Kystes branchiaux de la région latérale du cou " (Travail du service du Dr.A.HAUTANT ") .
Annales des maladies de l'oreille , 1929, p.826 .

- BOUVET : " Kyste branchial latéro-laryngé en boutèn de chemise .
Thèse Paris 1926 .

- BROCA et MASSON : " Kystes congénitaux du cou à paroi dermo-lymphoïde"
Presse médicale 11 sept.1909, p.641.

- CALVET : " Fistules et kystes latéraux et médians du cou " .
Encyclopédie médico-chirurgic. (Vol.Mambres-Crâne -Rachis II 15.978).

- CARP and STOUT : " Branchial Anomalies and Neoplams ; a Report of 32 cases with follow-up Resultats " .
Ann.Surg. 87, p.186 (1928).

- CHEVASSU : " Les Kystes branchiaux à structure pharyngo-salivaire et en particulier pré-sternaux " .
Revue de Chirurgie XXXVII , p.411, (1908).

- COAKLEY (cité par Miller) : " A Branchial cleft cyst simulating a chronic Retropharyngeal Abscess " .
Trans.Ann.Laryng.Assn. 26, p.19 (1904).

- CONWAY and JERONE : " The chirurgical treatment of Branchial cysts and fistulas" .
S.G. and O. 1935, p.703 .

- CUSSET : " Etude sur l'appareil branchial des vertébrés et quelques affections qui en dérivent chez l'homme (fistules branchiales, kystes dermoïdes, kystes branchiaux) .
Thèse Paris,1877 .

- CUTLER and ZOLLINGER : " Use of sclerosing solutions in treatment of cysts and fistulae " .
Americ.J.Surg. 19, p.411, 1933 .

- DELANGLADE, PEYRON et ROUSLACROIX : " Sur l"origine thymique de certains kystes congénitaux, sur l'histogenèse des kystes épithéliaux lymphoïdes " .
Bull. Assoc.Cancer 7. p.370, (juin 1914).

- DOR : " Kyste congénital dü cou "
Société de chir, de Marseille, 22, fév.1943.
Presse Médicale 1943, p.249 .

- DOUGLAS : " Branchisgenic Cyst with sinvs leading into Pharynx "
Ann. Surg. 67, p.240 (1918)

- DRIESSENS, VERHAEGHE, CORNILLOT t DUCROCQ ; " Le diagnostic des kystes congénitaux du cou par la cytologie " .
Lille chirurgical - mai-juin 1952,p.108 (illustrations).

- DUNET, WERTHEIMER et CREYSSEL : " Kyste épithélio-lymphoïde de la région sus-hyoïdienne latérale " .
Lyon médical C XXXXI p.316 (1925).

- FERRY : " Les kystes dermo-lymphoïdes du cou ."
Thèse Montpellier,1907 .

- FORGUE : " A propos d'un kyste pré-maxillaire de la région naso-génienne" .
Province Médicale XX , p.79, (1909) .

- FORGUE et MASSABUAU : " Comment se pose actuellement la question des tumeurs branchiogènes du cou ".
Province Médicale XIX , p.71, (1908).

- FRAZER : " Nomenclature of diseased states caused by certain vestigial structures in the neck " .
Brit. J. Surg. 11, p.131 (1923).

- GIROUD et LELIEVRE : " Eléments d'abryologie "
Paris, 1946 , p.203-210 .

- GÜNTERT : " Laterale Halzyste unter dem Bilde cines zystichen Adeno lymphomes ".
Zeitschrift für Laryng. 1955 , p.495 .

- HANLON and SEYBOLD : " Branchial cysts as a cause of Respiratory obstruction in Infancy " .
Proceedings staff meetings Mayo Clinic ,25,p.367 (1950).

-HEUSINGER : " Fisteln von noch nicht beobachter Form "
Arch.f.Pathol. und Phys.und f.Klin .Med. XXIX , S.358 (1864)

" Zu den Halskiemenbogen Resten "
ibid. XXXIII h.3, S.441 (1865)

- HICKEL : "Tumeurs amygdaloïdes polykystiques du cou " .
Bull. et Mém. Soc.Anat.Paris.1924, p.344 .

- HOOGLAND : " Nasopharyngeal cyst of Branchiogenic origine " .
Journal.Laryng.and Otol.1951,p.515 .
(forme avec évolution à type " Otitis média ") .

- HOUDARD et HUFNAGEL (Mme) : " Kyste amygdaloïde à revêtement cylindrique. Bull. Assoc. fse Cancer , 16, p.377, (1927).

- HYNDMAN and LEIGHT : " The Branchial Apparatus " . Arch. of Surg. 19, p.410 (1929)

- ILL : " Annales d'Oto-Laryng. 1942 p.60

- JACQUES et AUBRIOT : Annales des maladies de l'oreille ,p.768;1925 . (avec schéma de trajet fistulaire).

- JARMAN : " Treatment of branchial cleft cysts by aspiration and injection of pure carbolic acid (phénol)" . Brit. Med. J. 1. p.953 (1946).et Presse Médicale 1947,p.160)

- JEANBREAU : " Du tissu lymphoïde dans les kystes dermoïdes du cou " . Soc.Anat. Juin 1900.

- JENTZER : " De la guérison des kystes branchiogènes amygdaloïdes par un traitement conservateur " . Le Scalpel , 1930,p.905.

- KOSTANIECKI und MIELECKI : " Die angeboren Kiemenfisteln des Menschen Arch. f. anat.und physiol.(Virschow's Archiv).1890; b CXX S.385 - b. CXXI S.55 .

- LADD and GROSS : " Congenital Branchiogenic Anomalies " A report of 82 cases . Am.J.Surg. 39, p.234 (1938).

- LANNELONGUE et ACHARD : " Traité des kystes congénitaux" Paris.1886.

- LANGENBECK - Arch. f.Klin. Chir. I.1861. s.14 - 356 (examen histologique par LÜCKE).

-LOISEAU,BUSSER et MARCHAND : " Epithélioma développé sur un kyste de type amygdaloïde ". Annales d'Oto-Laryng. 1957,p.722 .

- LYALL : " Congenital cystes of III branchial cleft " . Arch. of otolaryngology 1956, p.540.

- LYALL and STAHL : " Lateral cervical cysts, sinuses, and fistulae of congenital origin" . S.G. and O. ,102, p.417 (1956).

- MALCOLM and BENSON : " Branchial cysts, with report of 2 cases of cyst of cervical sinus " . Surgery 7,p.187, (1940). (Scéhmas de classification anatomique).

- MILLER ,J.B. " Branchial cleft cysts, fistulae,and appendages" . (bibliographie) The Laryngoscope ,Nov.1957 p.1123 .

- MOATTI : " Les fistules et kystes congénitaux de la région latérale du cou ".
Thèse Paris,1929 .

- NATHAN et STEPHAN : " Un Kyste congénital du cou ".
Bull. et Mém. Soc.Anatom. mai 1919.p.281.

- NEEL and PEMBERTON ; " Lateral cervical (Branchial) cysts and Fistulas (Statistiques Mayo Clinic)
Surgery 18, p.267, (sept.1945).

- NEUMANN und BAUMGARTEN - Arch. f.Klin. chir. XX p.819 (1877).

- NYLANDER : " Uber die Behandlung des Kongenitalen Halsfisteln"
Zentralblatt f.Chir. 1938, p.1095 .

- OMBREDANNE(L.) : " Précis Clinique et opératoire de chirurgie infantile"
Paris, 4ème édit.1944 .

- PILLIET : " Deux cas de kystes dermo-lymphoïdes du cou ".
Bull.Soc.Anat.Paris, 1889, série 5 .

- PRECECHTEL : " Troubles du développement des fentes branchiales .Leur transmission héréditaire d'après les lois de Mendel ".
Annales des maladies de l'oreille . 1928, p.535 .

- PROCTOR : " Lateral vestigial cysts and fistulas of the neck " (schémas et figures)
The Laryngoscope, juin 1955, p.365 .
Transactions of the 59 annual meeting of the Am.Laryng.Rhin. and Otol.Society - 1955 .

- RABL : " Zur Bildungsgeschichte des Halses ".
Prag.Med.Wochenschrift ,11, s.497 (1886).

- ROUSSY, LEROUX et OBERLING : " Précis d'Anatomie pathologique ,
Paris,Masson, 1942.

- REBATTUT et PARTHIOT : " Kyste amygdaloïde du cou ".
Annales Maladies oreille ,1928,p.771 .

- REDON : " Encyclopédie médico-chir. 15,990 B. p.2 (1951) .
(Vol. membres - crâne - Rachis II) -Kystes intraparotidiens.

- RINALDI : " Kyste congénital latéral du cou ".
Bolletino delle malattie dell'orechio,gola,nazo , 1956,n°2 .

- ROUVILLOIS : " Kyste branchial du cou de type amygdaloïde .
Bull. et Mém. Soc.Chir.Paris,1924, p.197 .

- SEDWICK : " Branchial cysts and Fistulas "
Surg. clin. N.A. p.627 , juin 1952 .

- SEDWICK and WALSH : " Branchial cysts and Fistulas . A study of 75 cases relative to clinical aspects and treatment " .
Americ. Journ. Surg. 83 , p.3 (1952)

- SCHEDE Max : " Uber die tiefen Atherome des Halses "
Arch. f.Klin. Chir. 14,p.1. (1872)

- SIMON, STULZ et FONTAINE : " Kyste amygdaloïde du cou "
" Tumeur amygdaloïde du cou " .
Soc. Anat. de Strasbourg, mars et mai 1924 .
Arch. Franco-Belges de Chirurgie, mars 1925.

- STAHEL : " Differential Diagnose der Halsfisteln durch die Punktions methode " .
Arch. f.Klin. Medizin. 1942 , p.329 .
(photo couleur de lame de frottis) .

- SULTAN : " Zur Kentniss des Halscysten und fisteln "
Deutsche Zeitschrift f.Chir. Bd XLVIII s.113 (1898).

- TAYLOR and BURWELL : " Branchiogenic nasopharyngeal cysts " .
Journ. Am. Of otology ,1954, p.667 .

- TERRIER et LECENE : " Les kystes branchiaux à structure amygdaloïde"
Revue de Chir. t. XXXII p.757, (1905).

- THOMSON : " A case of branchial cyst " . Lancet 1 , p.76 (1927)

- TRUFFERT : " O.R.L. Flammarion-Paris , 1948, p.898 .
" Technique chirurgicale (face et cou) Masson,Paris,1952, p.466 .

- VIALLETON : " Sur le rôle topographique des arcs branchiaux dans la fonction du cou "
(Montpellier médical déc.1907).
" Sur les arcs viscéraux et leur rôle topographique chez les vertébrés " .
(Arch. Anatom.microscopique,1907-1908 ,t.X,p.1)
" Membres et ceintures des vertébrés " - Doin, 1924 .
" Traité de morphologie " Doin , 1911 .
" Un problème de l'évolution : la théorie de la récapitulation des formes ancestrales " .
(Montpellier - Paris, 1908) .

- VAN DER WILDENBERG : " Deux tumeurs de la région hyo-thyro-pharyngienne : une laryngocèle et un kyste branchial " .
Le Scalpel 1932,p.265 .

- WANGESTEEN : " Differentiation of Branchial from other cervical cysts by XRay examination " .
Ann.Surg. 1931, p.790.

- WATSON : " Aberrant branchial cyst enterosaching of the glottis and causing suffocation on Death " .
Arch, of Otolaryngol. 7, p.57, (1928)

- WENCLOWSKI : " Zur Pathogenese des lateralem Halsfisteln " .
Beträge f.Klin.Chir. 88, s.604 (1914) .

" Uber die Enstehung der seitlichen sogenannten Kiennenfisteln " .
Zentrablatt f.Chir. 1908 .

TABLE DES MATIÈRES

I.- INTRODUCTION 1

II.- HISTORIQUE 2

1.- Terrier et Lecène.

2.- Wenglowski.

3.- Forgue.

4.- Radiolipiodol et frottis de ponction.

III.- EMBRYOLOGIE 7

- Etablissement de la notion des arcs bronchiaux (Rathke).
- Destinées des arcs.
- Destinées des sillons et des poches et formation du sinus cervical.
- Formation des parois du cou.

IV.- PATHOGENIE 16

1.- Théorie bronchogénique.

2.- Théorie de Wenglowski (canal thymopharyngien).

3.- Théorie de Forgue (embryome).

V.- ETUDE CLINIQUE 23

- Symptomatologie :
  - âge.
  - circonstances d'apparition.
  - siège et signes.
  - évolution et signes de compression.
- Complications :
  - suppuration.
  - fistulisation.
  - transformation maligne.
- Formes cliniques :
  - sus-hyoïdiennes.
  - postérieures.
  - intraparotidiennes.
  - sillon naso-génin (Forgue).
  - présternal (Chevassu).
  - Associations.

VI.- ANATOMIE PATHOLOGIQUE 31

- Macroscopique et rapports anatomiques.
- Microscopique.

VII.- OBSERVATION 36

VIII.- DIAGNOSTIC 38

- Lipiodol .
- Frottis de ponction.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL 41

- Adénite tuberculeuse.
- Adénite chronique simple.
- Lymphoréticulose bénigme d'inoculation.
- Lymphadénome, etc ...
- Kystes séreux .
- Kystes dermoïdes vrais.

IX.- TRAITEMENT 45

- Médical.
- Chirurgical.

X.- CONCLUSIONS 48

BIBLIOGRAPHIE 49